

**MEKANISME KOPING PADA PASIEN PERILAKU
KEKERASAN DENGAN RISIKO MENCIDERAI ORANG
LAIN DAN LINGKUNGAN**



Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III

Pada jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Oleh:

Faishal Dwi Prastya

J200130071

**PROGAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2017

HALAMAN PERSETUJUAN

**MEKANISME KOPING PADA PASIEN PERILAKU
KEKERASAN DENGAN RISIKO MENCIDERAI ORANG
LAIN DAN LINGKUNGAN**

PUBLIKASI ILMIAH

oleh:

FAISHAL DWI PRASTYA

J 200 130 071

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing



Arum Pratiwi, S.Kp., M.Kes.

NIK.680

HALAMAN PENGESAHAN

**MEKANISME KOPING PADA PASIEN PERILAKU
KEKERASAN DENGAN RISIKO MENCIDERAI ORANG
LAIN DAN LINGKUNGAN**

OLEH:

FAISHAL DWI PRASTYA
J 200 130 071

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Pada hari Senin, 17 April 2017
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. Arum Pratiwi, S.Kp., M.Kes.
(Ketua Dewan Penguji)
2. Kartinah, S.Kep.
(Anggota Dewan Penguji)


(.....)

(.....)

Dekan,


Dr. Suwaji, M.Kes.
NIP. 195311231983031002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam naskah publikasi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 4 Februari 2017

Penulis



FAISHAL DWI PRASTYA

J 200 130 071

MEKANISME KOPING PADA PASIEN PERILAKU KEKERASAN DENGAN RISIKO MENCIDERAI ORANG LAIN DAN LINGKUNGAN

Abstrak

Latar Belakang: Gangguan jiwa dapat terjadi di semua negara, tidak memandang jenis kelamin, usia, materi, maupun tempat tinggal. Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti: sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengalami suatu dorongan, penyalurannya ke arah lain, proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik, represi yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar, reaksi formasi yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan digunakannya sebagai rintangan, dan displacement yaitu melepaskan perasaan yang tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya yang membangkitkan emosi itu.

Tujuan: Dapat mengetahui mekanisme koping yang tepat untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Metode: Penulis menggunakan metode diskriptif dengan studi kasus selama 3x24 jam di RSJD.

Hasil: Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan sesuai dengan Strategi Pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan.

Kesimpulan: Strategi Pelaksanaan untuk mengontrol perilaku kekerasan dapat dilaksanakan dengan baik dan mekanisme koping dapat tercapai dengan strategi pelaksanaan yang telah dilakukan.

Kata Kunci: Gangguan jiwa, Perilaku kekerasan, Mekanisme koping.

Abstract

Background: Mental disorders can occur in all countries, irrespective of their gender, age, materials, and shelter. Violent behavior is a form of behavior that is intended to injure a person physically and psychologically. Based on these definitions that violent behavior can be done verbally, directed at oneself, others and the environment. Nurses need to identify coping mechanisms so that the client can assist clients to develop constructive coping mechanisms in expressing anger. Coping mechanism that is commonly used is the ego defense mechanism such as sublimation of receiving

a target replacement means when experiencing a boost, its distribution in the other direction, the projection is blaming others about distress or desire that is not good, repression is preventing painful thoughts or endanger entry to consciousness, reaction formation which prevents harmful desires when expressed by exaggerating the opposite attitude and behavior used as an obstacle, and displacement is releasing feeling depressed, venting on the objects that are not so harmful that evokes emotion.

Objective: To know the proper coping mechanisms to control violent behavior.

Methods: The author uses descriptive method with case studies for 3x24 hours in RSJD.

Result: The client is able to control violent behavior in accordance with the Implementation Strategy (SP) violent behavior.

Conclusions: Implementation Strategies to control violent behavior can be performed well and coping mechanisms can be achieved with the implementation of the strategy that has been done.

Keywords: Mental disorders, Violent behavior, Coping mechanisms.

1. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi kehidupan manusia. Menurut UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, kesehatan merupakan kondisi seseorang yang sehat secara fisik, mental, spiritual, dan sosial yang memungkinkan seseorang dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Menurut UU No. 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa yang ditujukan untuk menjamin setiap orang agar dapat mencapai kualitas hidup yang baik, serta, memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi komprehensif, dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Kesehatan jiwa merupakan berbagai karakteristik positif yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya yang digambarkan dengan keselarasan dan kesinambungan (Kusumawati & Hartono, 2010). Gangguan jiwa adalah keadaan yang mengganggu dalam proses hidup di masyarakat akibat adanya gangguan mental yang meliputi emosi, pikiran, perilaku, perasaan, motivasi, kemauan, keinginan, daya tilik diri, dan persepsi (Nasir & Muhith, 2011).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2009, sekitar 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental, 25% penduduk diperkirakan

akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu. Prevalensi gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030. Gangguan jiwa juga berhubungan dengan bunuh diri, lebih dari 90% dari satu juta kasus bunuh diri setiap tahunnya disebabkan karena gangguan jiwa. Gangguan jiwa dapat terjadi di semua negara, tidak memandang jenis kelamin, usia, materi, maupun tempat tinggal.

Masalah kesehatan jiwa di Indonesia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang sangat penting dan harus mendapatkan perhatian sungguh-sungguh dari seluruh jajaran lintas sektor Pemerintah baik di tingkat Pusat maupun Daerah, serta perhatian dari seluruh masyarakat. Berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan adalah sebesar 6% untuk usia 5 tahun ke atas atau sekitar 14 juta orang. Sedangkan, prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia adalah 1,7 per 100 penduduk atau sekitar 400 ribu orang. Berdasarkan jumlah tersebut, ternyata 14% diantaranya atau sekitar 57.000 orang pernah atau sedang dipasung. Angka pemasungan dipedesaan adalah sebesar 18,2%. Angka ini lebih tinggi di perkotaan yaitu sebesar 10,7% (Kemenkes, 2013).

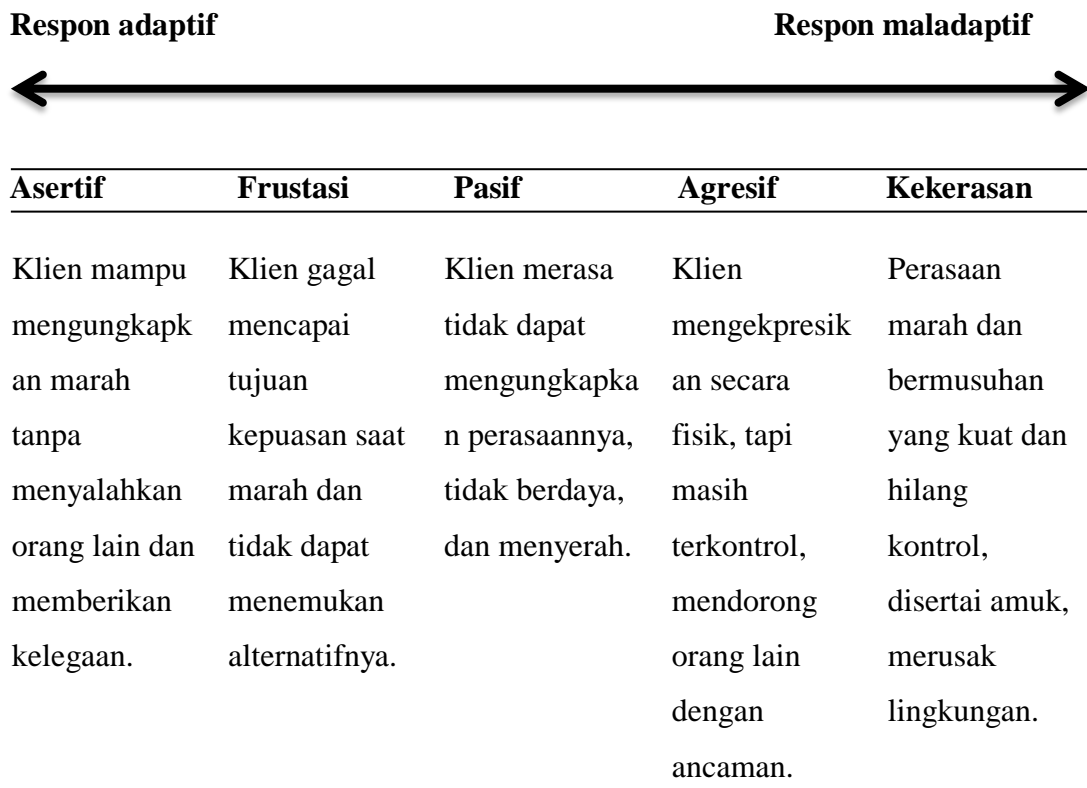
Prevalensi gangguan jiwa di Jawa Tengah mencapai 3.3% dari seluruh populasi yang ada (Balitbangkes, 2008). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tercatat ada 1091 kasus yang mengalami gangguan jiwa dan beberapa dari kasus tersebut hidup dalam pasungan. Berdasarkan Data Medical Record dari RS Jiwa Daerah Surakarta pada bulan Januari 2017 pasien yang didiagnosa perilaku kekerasan ada 2.871 klien, dan pada bulan Februari 2017 terdapat 1.970 klien rawat inap. Salah satu masalah dari gangguan jiwa yang menjadi penyebab di bawa ke rumah sakit adalah perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri

sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau perilaku kekerasan terdahulu (riwayat perilaku kekerasan) (Damaiyanti M & Iskandar, 2012).

Rentang respon marah menurut Yosep I, (2010) pada pasien perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia "tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan". Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).

Gambar 1. Rentang Respon Marah



Sumber: Yosep I (2010)

Kemarahan adalah suatu perasaan atau emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dirasakan sebagai ancaman. Pengungkapan marah yang konstruktif dapat membuat perasaan lega. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal dan fisik. Sedangkan marah tidak harus memiliki tujuan khusus. Marah lebih merujuk kepada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah. Dengan kata lain kemarahan adalah perasaan jengkel yang muncul sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman oleh individu (Purwanto P, 2015).

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti: sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengalami suatu dorongan, penyalurannya ke arah lain, proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik, represi yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar, reaksi formasi yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan digunakannya sebagai rintangan, dan displacement yaitu melepaskan perasaan yang tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya yang membangkitkan emosi itu (Maramis, 2009). Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik mengangkat untuk menulis karya tulis ilmiah tentang mekanisme koping pada pasien perilaku kekerasan yang berjudul " Mekanisme Koping Pada Pasien Perilaku Kekerasan Dengan Risiko Menciderai Orang Lain Dan Lingkungan".

2. METODE

Metode ilmiah yang digunakan penulis adalah metode deskriptif dengan study kasus. Pengambilan kasus dilakukan pada salah satu klien yaitu Tn.A di bangsal Nakula selama tiga hari yaitu dari tanggal 21 Februari 2017 sampai 23 Februari 2017. Proses keperawatan dilakukan secara sistematis yaitu diawali dengan pengkajian data, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Ambarwati & Nasution, 2012). Penulis melakukan pengkajian dengan cara wawancara dan observasi langsung dengan klien. Saat wawancara penulis bersikap tenang dan penuh perhatian terhadap klien dan membiarkan klien mengungkapkan apa yang ingin dikatakan. Penulis juga memberikan pertanyaan klarifikasi guna menghindari penarikan kesimpulan terhadap komunikasi yang tidak jelas. Penulis berkolaborasi dengan perawat ruang dalam pemberian asuhan keperawatan (O'Brien.dkk, 2014). Penulis melakukan pendekatan interpersonal dengan salah satu klien yang mengalami resiko perilaku kekerasan di RSJD yaitu dengan membina hubungan saling percaya, mendiskusikan penyebab klien melakukan perilaku kekerasan, mendiskusikan mekanisme koping yang tepat untuk mengatasinya (Keliat. dkk, 2011). Setelah didapatkan data tentang penyebab klien melakukan perilaku kekerasan dan klien dapat memilih mekanisme koping yang tepat langkah selanjutnya yang dilakukan penulis adalah dengan mengajarkan cara melakukan mekanisme koping secara bertahap (Yosep I , 2010).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama yang prosesnya sistematis dan dalam pengumpulan datanya dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Muhith, 2015). Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. A tanggal 21 Februari 2017 didapatkan data bahwa alasan masuk klien adalah klien mengatakan dibawa ke RSJD karena dirinya marah marah di jalan Slamet Riyadi, memukul orang orang

disekitarnya, dan merusak barang-barang didekatnya karena banyak pikiran. Data tersebut sesuai dengan teori Damaiyanti M & Iskandar (2012) bahwa respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan.

Faktor predisposisi yang didapat, klien belum pernah menjalani pengobatan sebelumnya, klien baru pertama kali ini menjalani pengobatan di RSJD. Klien pernah mengalami aniaya fisik oleh kakak kandungnya sendiri karena dianggap mengganggu. klien melakukan KDRT kepada istri dan anaknya sehingga bercerai, pengaman masa lalu klien yang tidak menyenangkan adalah mengalami banyak siksaan dari kakaknya, akibatnya klien merasa frustrasi lalu melakukan perilaku kekerasan terhadap orang-orang disekitarnya dan merusak barang-barang didekatnya, klien tidak diterima di keluarganya maupun masyarakat. Menurut Yosep I (2010) faktor predisposisi perilaku kekerasan berkaitan dengan berbagai faktor antara lain: sistem syaraf, keturunan, irama sikardian tubuh, biokimia tubuh, gangguan sistem limbik, riwayat tumbuh kembang, lingkungan yang mentolerir kekerasan, dan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Faktor predisposisinya sesuai dengan teori yaitu biokimia tubuh yg disebabkan adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam, lingkungan yang mentolelir kekerasan juga memungkinkan individu meniru perilaku kekerasan, dan hasil belajar belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya yaitu dengan meniru kakaknya yang sering memukulnya.

Faktor presipitasi didapatkan data bahwa bahwa klien melakukan perilaku kekerasan karena banyak pikiran, dan frustrasi akibat aniaya fisik kakaknya, klien tidak mampu menyelesaikan masalah. Data tersabut menunjukkan bahwa stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik, stresor tersebut dapat disebabkan dari luar maupun dalam. Contoh stresor yang berasal dari luar antara lain serangan fisik, kehilangan, kematian, kecelakaan, dan lain-lain. Sedangkan stresor yang berasal dari dalam adalah putus

hubungan dengan orang berarti, kehilangan rasa cinta, ketakutan terhadap penyakit fisik, dan lain-lain. Selain itu lingkungan yang terlalu rebut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, dan tindakan kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan (Purwanto, 2015).

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,8° C, respirasi 20x/menit. Hasil pengukuran antropometri didapatkan tinggi badan 165 cm dan berat badan 63 kg. Klien tidak mengalami keluhan fisik, data tersebut menunjukkan bahwa klien tidak mengalami kelainan fisik.

Data psikososial didapatkan genogram yang menunjukkan bahwa klien merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Keluarga klien tidak ada yang menderita gangguan jiwa. Teori perilaku kekerasan menurut riset Kazuo Murakami (2007) yaitu genetik faktor, dengan adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif. Dalam gen manusia terdapat dormant (potensi) agresif yang sedang tidur akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal. Menurut penelitian genetik tipe karyotype XYY, pada umumnya dimiliki oleh pelaku tindak kriminal serta orang-orang yang tersangkut hukum akibat perilaku agresif (Damaiyanti M & Iskandar, 2012). Pada kenyataannya data yang ditemukan pada klien tidak sesuai teori genetik faktor yang menyebabkan perilaku kekerasan. Konsep diri klien didapatkan gambaran diri klien terhadap dirinya baik, klien menyukai seluruh bagian tubuhnya. Identitas diri didapatkan data bahwa klien mengetahui bahwa dirinya laki-laki berusia 45 tahun. Peran diri didapatkan data bahwa klien saat ini tidak berperan sebagai kepala keluarga karena telah bercerai. Ideal diri didapatkan data bahwa klien mengatakan ingin cepat sembuh dan segera pulang untuk menjalani aktivitas sehari-hari. Harga diri didapatkan data bahwa klien mengatakan tidak malu bila kembali ke keluarga maupun masyarakat.

Hubungan sosial klien didapatkan data orang yang sangat dekat dengannya adalah anaknya yang disanyangi. Klien juga dekat dengan anak-anak kecil di

sekitarnya. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat adalah klien mengatakan sebelum sakit sering berkumpul dengan masyarakat untuk berinteraksi, kadang marah-marah dengan orang lain. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berkomunikasi dengan orang lain, tapi saat marah akan memukul orang dan merusak barang-barang didekatnya. Data tersebut sesuai dengan Yosep I (2010) aspek sosial meliputi interaksi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Klien seringkali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkah laku orang lain sehingga merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras dan memukul.

Nilai dan keyakinan klien didapatkan data bahwa klien mengatakan beragama islam, bahwa yang dialaminya adalah cobaan dari Tuhan. Ibadah klien sedikit terganggu tetapi masih melaksanakan ibadah dengan baik dan selalu berdo'a. Sedangkan menurut Yosep I (2010) perilaku kekerasan menunjukkan kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa.

Pada status mental yaitu penampilan klien tetap berpenampilan rapi, mandi setiap hari, sikat gigi, rambut disisir. Pasien dapat berbicara dengan lancar dan suara sedikit keras, aktivitas motorik klien terlihat gelisah dan mondar-mandir. Alam perasaan klien tampak gelisah saat diajak bicara, interaksi saat wawancara kooperatif dengan nada bicara sedikit keras, ekspresi wajah tegang dan mata sering melotot juga alis naik. Persepsi klien sering marah jika banyak pikiran dan tertekan oleh keluarga dan lingkungan sekitar. Data tersebut sesuai dengan teori menurut Yosep I (2010) yaitu muka merah dan tegang, mata melotot/pandangan tajam, jalan mondar-mandir. Proses pikir klien berbicara dengan baik dan jujur, isi pikir klien ingin segera pulang. Tingkat kesadaran

klien baik dapat mengingat waktu, tempat maupun kejadian yang dialaminya. Memori klien dapat mengingat kejadian masa lalu, ingat penyebab masuk RSJD. Tingkat konsentrasi berhitung klien mampu berkonsentrasi sehingga mampu menghitung jumlah anggota keluarga, kemampuan penilaian klien dapat mengambil keputusan secara tepat dan mandiri. Daya titik diri klien mengetahui bahwa dirinya sedang dirawat di RSJD karena sedang sakit.

Mekanisme koping klien adaptif yaitu mampu berbicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik reaksi, aktifitas konstruktif, melakukan olahraga. Sedangkan maladaptif klien dengan reaksi berlebih, bekerja berlebih, menghindar/mengamuk, menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Data tersebut sesuai dengan teori Purwanto T (2015) yaitu mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, depresi, denial, dan reaksi formasi. Menurut Maramis beberapa mekanisme koping yang dipakai klien marah untuk melindungi diri antara lain: sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengami suatu dorongan, penyalurannya ke arah lain. Proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginan yang tidak baik. Represi adalah mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Reaksi formasi yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan menggunakannya sebagai rintangan. Displacement yaitu melepaskan perasaan yang tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya yang membangkitkan emosi itu.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan interpretasi ilmiah dari data pengkajian yang digunakan untuk mengarahkan perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Dengan menggunakan istilah "diagnosis keperawatan" jelaskan bahwa perawat penagak diagnosis, landasan untuk pemberian asuhan

keperawatan jiwa adalah pengenalan dan pengidentifikasian pada respon terhadap masalah kesehatan jiwa atau penyakit psikiatri yang aktual atau potensial (Damaiyanti M & Iskandar, 2012). Menurut Fitria N (2009) masalah keperawatan yang mungkin muncul antara lain: perilaku kekerasan, resiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, perubahan persepsi sensori: halusinasi, harga diri rendah kronis, Isolasi sosial, berduka disfungsional, koping keluarga tidak efektif.

Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Februari 2017 didapatkan data fokus yaitu data subyektif dan obyektif untuk menegakkan diagnosa. Data subyektif yang diperoleh adalah klien mengatakan bahwa dirinya marah-marah, memukul orang disekitarnya, dan merusak barang-barang didekatnya karena banyak pikiran. Klien mengatakan belum pernah dirawat di RSJD dengan keluhan marah-marah dan memukul orang lain. Data obyektif yang diperoleh adalah klien terlihat tegang saat diajak bicara nada suara sedikit tinggi, mata pasien melotot dan menaikkan alis, terlihat gelisah, ekspresi wajah marah. Berdasarkan data tersebut penulis menegakkan diagnosa resiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan. Beberapa data pada teori tidak terdapat pada klien yaitu menurut teori Fitria N (2009) data subyektif juga dapat diperoleh dari keluarga yang mengetahui keterbatasan klien misalnya istri, ibu, ayah, maupun teman, tetapi saat melakukan pengkajian penulis tidak bertemu dengan keluarga karena klien tidak pernah dijanguk keluarganya. Sedangkan untuk data obyektif sesuai dengan teori menurut Fitria N (2009) yaitu mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku, dan suara keras.

3.3 Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian dan penegakan diagnosa maka langkah selanjutnya adalah merencanakan tindakan keperawatan atau yang disebut

dengan intervensi keperawatan. Rencana tindakan keperawatan dibuat perawat untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan lain (Muhith, 2015). Tujuan umum adalah klien mampu mengontrol perilakunya dan dapat mengungkapkan kemarahannya secara asertif. Sedangkan tujuan khusus yaitu: klien dapat mengidentifikasi penyebab dan tanda-tanda perilaku kekerasan, klien mampu memilih cara yang konstruktif dalam berespons terhadap kemarahannya, klien mampu mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol, klien memperoleh dukungan keluarga (Dermawan D & Rusdi, 2013).

Sedangkan rencana tindakan menurut Damaiyanti M & Iskandar (2012) yaitu dengan pendekatan strategi pelaksanaan untuk pasien dan keluarga. *Strategi pelaksanaan (SP)* untuk pasien terdiri dari lima SP. Rencana tindakan untuk SP 1 antara lain: bina hubungan saling percaya, bantu klien mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, bantu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, bantu klien mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan, latih klien cara fisik 1 perilaku kekerasan: latihan nafas dalam, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. Rencana tindakan untuk SP 2 antara lain: evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur dan bantal, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. Rencana tindakan untuk SP 3 antara lain: evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. Rencana tindakan untuk SP 4 antara lain: evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. Rencana tindakan untuk SP 5 antara lain: evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat, anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

3.4 Implementasi

Tindakan keperawatan merupakan standar asuhan yang berhubungan dengan aktivitas keperawatan professional yang dilakukan oleh perawat, dimana implementasi dilakukan pada pasien, keluarga, dan komunitas berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat. Dalam mengimplementasikan intervensi, perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi yang luas dirancang untuk mencegah penyakit, meningkatkan, memperahankan, dan memulihkan kesehatan fisik dan mental. Kebutuhan klien terhadap pelayanan keperawatan dan dirancang pemenuhan kebutuhannya melalui standar pelayanan dan asuhan keperawatan (Keliat & Akemat, 2009). Tindakan pertama yang dilakukan penulis adalah dengan menerapkan SP 1 yang dilaksanakan pada tanggal 21 Februari 2017 pukul 10.00 WIB yaitu membina hubungan saling percaya, membantu klien mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, membantu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, membantu klien mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan, melatih klien cara fisik 1 perilaku kekerasan: latihan nafas dalam, menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. Berdasarkan tindakan tersebut penulis mendapatkan data bahwa klien mau berbicara dengan penulis. Data tersebut menunjukkan bahwa Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP) tercapai. Data kedua yang didapat adalah klien mengatakan marah-marah saat banyak pikiran, memukul orang-orang disekitarnya, dan merusak barang-barang didekatnya. Data ini menunjukan salah satu tanda-tanda perilaku kekerasan. Data ketiga yang didapat adalah klien mau latihan nafas dalam saat marah dan mau mempraktekkan setiap hari pukul 07.00 dan 16.00 WIB. Dari data-data tersebut dapat disimpulkan bahwa SP 1 dapat dilaksanakan dengan baik.

Tindakan selanjutnya yang dilakukan penulis adalah dengan menerapkan SP 2 dan 3 yang dilaksanakan pada tanggal 22 Februari 2017. SP 2 dilaksanakan pukul 10.00 WIB yaitu dengan mengevaluasi jadwal kegiatan

harian klien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur dan bantal, menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. Klien mau diajarkan cara mengontrol marah dengan memukul kasur dan bantal, klien mau latihan setiap hari pukul 10.00 dan 17.00 WIB. SP 3 dilaksanakan pukul 13.00 WIB yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal, menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. Klien mau diajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan dibicarakan baik-baik, kalau klien kesal dengan orang lain juga harus diungkapkan, dan klien mau latihan setiap hari pukul 13.30 saja setelah makan siang. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa SP 2 dan 3 dapat dilaksanakan dengan baik.

Tindakan selanjutnya dilakukan pada tanggal 23 Februari 2017 sesuai dengan kontrak hari sebelumnya klien mau diajarkan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual dan minum obat. Penulis menerapkan SP 4 dan 5 pada tahap ini, SP 4 dilaksanakan pukul 10.00 WIB, yaitu dengan mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual, menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. Berdasarkan tindakan tersebut didapatkan data bahwa klien sudah bisa mengontrol marah dengan mengucapkan istigfar, klien melaksanakan shalat 5 waktu supaya lebih tenang dan tidak mudah marah. SP 5 dilaksanakan pukul 13.00 WIB yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat, menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Berdasarkan tindakan tersebut klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat, klien mau minum obat sesuai jadwal dan teratur setiap pukul 07.00 pagi, 13.00 siang dan 21.00 malam. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa SP 4 dan 5 dapat dilaksanakan dengan baik.

3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan proses untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang berkelanjutan dan dilakukan secara terus-menerus. Evaluasi dibagi menjadi dua yaitu evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat selesai melakukan tindakan sedangkan evaluasi hasil (sumatif) dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP yaitu S: respon subyektif, O: respon obyektif, A: analisa terhadap data subyektif dan obyektif, P: perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon klien (Kusumawati F & Hartono Y, 2010).

Penulis melakukan evaluasi setiap selesai melakukan tindakan. Hari pertama tanggal 21 Februari 2017 didapatkan data S: Klien mengatakan mau bicara dengan perawat. Klien mengatakan penyebab marahnya karena banyak pikiran yang mengganggu sehingga klien memukul orang-orang disekitarnya dan merusak barang-barang didekatnya. Klien mengatakan mau diajari latihan nafas dalam saat marah. Klien mengatakan mau mempraktekkan setiap hari pukul 07.00 dan 16.00 WIB. Sedangkan data O: Klien terlihat mau berbicara dengan perawat. Klien terlihat gelisah, mata melotot, berbicara sedikit keras. Klien menulis dijadwal harian latihan nafas dalam setiap hari pukul 07.00 dan 16.00 WIB. Dari data tersebut maka didapatkan A: SP 1 tercapai dan P: latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur dan bantal juga dengan cara sosial/verbal.

Hari kedua tanggal 22 Februari 2017 didapatkan data S: Klien mengatakan mau diajarkan cara mengontrol marah dengan memukul kasur dan bantal juga dengan cara sosial/verbal. Klien mengatakan mau latihan memukul kasur dan bantal setiap hari pukul 10.00 dan 17.00 WIB. Klien mengatakan mau latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal setiap hari pukul 13.30 WIB aja setelah makan siang. Sedangkan data O: Klien terlihat memukul kasur dan bantal dengan keras untuk melampiaskan marahnya. Klien

kooperatif, pandangan klien tajam, suara tinggi. Klien menulis dijadwal harian latihan pukul kasur dan bantal setiap hari pukul 10.00 dan 17.00 WIB. Klien menulis dijadwal harianlatihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal setiap hari pukul 13.30 setelah makan siang. Dari data tersebut maka didapatkan A: SP 2 dan 3 tercapai dan P: Optimalkan SP 1, 2, dan 3, latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual dan dengan minum obat.

Hari ketiga tanggal 23 Februari 2017 didapatkan data S: Klien mengatakan mau diajarkan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual dan dengan minum obat. Klien mengatakan saat marah langsung istigfar, saya harus rajin shalat lima waktu supaya lebih tenang dan tidak mudah marah. Klien akan lakukan sesuai jadwal Shalat tiap hari. Klien mengatakan mau minum obat setiap hari sesuai jadwal dan teratur. Klien akan akan minumobat tiap hari pukul 07.00 pagi , 13.00 siang, dan 21.00 malam. Sedangkan data O: Klien terlihat tenang, kontak mata baik, klien kooperatif. Klien menulis di jadwal harian shalat lima waktu sesuai jadwal shalat dan minum obat setiap pukul 07.00 pagi , 13.00 siang, dan 21.00 malam. Berdasarkan data tersebut maka didapatkan A: SP 4 dan 5 tercapai dan P: Lanjutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam, pukul kasur dan bantal, dengan cara sosial/verbal, cara spiritual, dengan minum obat secara teratur dan optimalkan SP 1-5.

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa strategi pelaksanaan untuk pasien dari SP 1-5 dapat dilaksanakan dengan baik dan mekanisme koping dapat tercapai dengan strategi pelaksanaan yang telah dilakukan. Penulis menemukan beberapa kesulitan dalam melakukan tindakan keperawatan karena kadang klien marah-marah dan sulit diajak berkomunikasi.

4. PENUTUP

4.1 Simpulan

Kesimpulan dari kasus ini adalah hasil pengkajian pada Tn. A didapatkan data bahwa klien marah marah, memukul orang orang disekitarnya, dan merusak barang-barang didekatnya karena banyak pikiran. Berdasarkan data tersebut maka penulis mengambil diagnosa Resiko menviderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan.

Rencana tindakannya adalah menerapkan strategi pelaksanaan klien. Strategi pelaksanaan klien terdiri dari SP 1: bina hubungan saling percaya, bantu klien mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, bantu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, bantu klien mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan, latih klien cara fisik 1 perilaku kekerasan: latihan nafas dalam, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. SP 2: evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur dan bantal, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. SP 3: evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. SP 4 antara lain: evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual, anjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. SP 5 antara lain: evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat, anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Tindakan yang dilakukan penulis sesuai dengan strategi pelaksanaan: SP 1-5.

Evaluasi yang dilakukan penulis didapatkan data bahwa klien mampu membina hubungan saling percaya, klien mampu menyebutkan penyebab perilaku keklerasan, klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara

fisik 1: latihan nafas dalam, cara fisik 2: pukul kasur dan bantal, cara sosial/verbal, cara spiritual, dan dengan minum obat.

4.2 Saran

Berdasarkan simpulan karya tulis ilmiah ini maka penulis memberikan saran bagi:

1) Klien

Hendaknya klien mau menerapkan strategi pelaksanaan yang diajarkan.

2) Institusi Pendidikan

Agar menyediakan lahan praktek yang memadai agar memudahkan penulis dalam mengembangkan ilmu pengetahuan dan ketrampilannya.

3) Rumah Sakit

Hendaknya memberikan pelayanan yang optimal dan lebih memperhatikan komunikasi terapeutik dengan klien.

4) Keluarga

Hendaknya mau menjenguk klien di rumah sakit, sehingga keluarga dapat mengetahui perkembangan klien dan saat seperti itu klien sangat membutuhkan dukungan dari keluarga.

5) Penulis

Penulis hendaknya mampu memanfaatkan waktu seoptimal mungkin sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan secara maksimal.

PERSANTUNAN

Penelitian ini merupakan salah satu syarat kelulusan untuk program Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. Penulis sangat mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penelitian dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

- a. Prof. Drs. Bambang Setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- b. Dr. Suwaji, M. Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- c. Okti Sri Purwanti., S.Kep., M.Kes., Ns.Sp.Kep.,M.B, selaku Ketua Program Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- d. Vinami Yuian, S.Kep., Ns., MSc, Selaku Sekretaris Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- e. Karinah, A.Kep., S.Kep, selaku Penguji dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
- f. Arum Pratiwi, S.Kep., M.Kes, selaku Penguji dan Pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
- g. Kepala instansi Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
- h. Segenap Dosen Keperawatan UMS yang telah mendidik dan memberikan banyak ilmu.
- i. Eko Sugiyana, S. Kep, selaku Kepala Ruang serta Perawat Ruang Abimanyu.
- j. Ibu, Bapak, dan adik-adikku yang telah memberikan suport dan do'a.
- k. Simbah saya yang telah mendidik saya dari kecil sehingga saya bisa sampai tahap ini.
- l. Sahabat-sahabat seperjuangan Amar, Anas, Ihsan, Waya, Sarwedi, Marzuki, Ruswanti yang telah memberikan support dan bantuan.
- m. Teman-teman seperjuangan DIII Keperawatan UMS angkatan 2014.
- n. MALIMPA UMS yang selalu memberikan dukungan dn kasih sayang kepada penulis.
- o. TIM Jiwa terima kasih atas kerjasama dan semangatnya selama ini.
- p. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, semoga amal dan kebaikan yang telah diberikan, mendapatkan imbalan dari Allah SWT.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati FA & Nasution N. 2012. *Buku Pintar Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Cakrawala Ilmu.
- Dermawan D dan Rusdi. 2013. *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyeng Publishing.
- Diskes Jateng. 2013. *Profil Kesehatan Jawa Tengah Tahun 2013*. Jawa tengah : Diskes Jateng.
- Headman, T. Heather 2011. *Nanda Diagnosis Keperawatan 2009-2011*. EGC. Jakarta
- Fitria N. 2009. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Keliat BA, Akremat, Helena N, & Nurhaeni H (ed). 2011. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kusumawati F dan Hartono Y. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muhith A. 2015. *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.
- Nasir A & Muhith A. 2011. *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika
- O'Brien PG, Kennedy WZ, & Ballard KA. 2014. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatrik Teori dan Praktik*. Terjemahan oleh Subekti NB.dkk. Jakarta: EGC.
- WHO. 2009. *Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package)*. Geneva 27, Switzerland: WHO Press.
- Yosep I. 2010. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama.
- Yosep, I. 2011. *Keperawatan Jiwa (ed)*. Bandung: Refika Aditama.